

## **Geburtshilfe gestern und heute \***

Die Stellung des Arztes in der Gesellschaft ist besonders in den letzten 10 Jahren in einer Wandlung begriffen. Unsere Gesellschaft ist sehr viel kritischer geworden. Die Lautstärke der Kritik am Arzt allgemein nimmt zu, obgleich die klinische Medizin in den letzten zwei Jahrzehnten eine sprunghafte Entwicklung durchgemacht hat.

Deshalb ist es interessant, in unserem Fach Rückschau zu halten: Wie war die Geburtshilfe früher? Wo stehen wir heute? Wie ist unsere Zukunft zu sehen?

Bei dem Blick in die Vergangenheit werde ich auch gleichzeitig nach der Geschichte unserer Klinik Ausschau halten.

Die früheste Geschichte der Geburtshilfe möchte ich nur streifen. Natürlich dürfte die Geburtshilfe so alt sein wie das Menschengeschlecht überhaupt. Die Hilfeleistungen der alten Ägypter, Hebräer und Inder bestanden unter der Geburt jedoch lediglich in Drücken, Ziehen oder Schütteln. Erste schriftliche Überlieferungen über geburtshilfliche Kenntnisse besitzen wir in einem ägyptischen Papyros etwa aus dem Jahre 2000 v. Chr. Auch der Kaiserschnitt an der soeben verstorbenen Frau geht auf die vorchristliche Zeit zurück. Die ersten durchdachten geburtsmechanischen Vorstellungen stammen von Hippokrates, der von 460—377 v. Chr. lebte und die Geburt aus Schädellage im Corpus Hippocraticum als die einzig natürliche bezeichnete und für die anderen Kindslagen Schüttelungen, aber auch äußere und innere Wendungen auf den Kopf als geeignet beschrieb. Aus der römischen Geburtshilfe ist die Wendung auf einen oder beide Füße bei Schädellage oder Querlage 20 bis 30 Jahre v. Chr. übermittelt.

Während des Mittelalters und bis in das 16. Jahrhundert hinein ruhte auch die Geburtshilfe in dem bekannten Dornröschenschlaf, in dem sich die gesamten Naturwissenschaften befanden.

Ein Gradmesser für die Qualität der Geburtshilfe ist die mütterliche und kindliche perinatale Sterblichkeit. Beide Sterblichkeitsraten lagen zu diesem Zeitpunkt noch erschreckend hoch. Einer der Hauptgründe war die Tatsache, daß es eine ärztliche überwachte Geburt noch nicht gab, weil Ärzte von der direkten Mithilfe bei der Geburt ausgeschlossen wa-

---

\* Gekürzte Antrittsvorlesung vom 4. Juni 1976.

ren. Wie von *Siebold* 1810 schreibt, „wurden die Kreißenden bis zu dieser Zeit von solchen Weibern betreut, welche zwar Hebammen genannt wurden, allein dieses Namens in der Tat nicht würdig waren — der größte Teil der Weiber verabscheute dieses Geschäft so sehr, daß gewöhnlich die ärmste und niedrigste Person im Dorf, die Kühe- oder Gänsehirtin, mit einer notdürftigen Zulage zur Hebamme gekürt wurde“.

Die praktische Geburtshilfe lag zu dieser Zeit also noch allein in den Händen dieser sogenannten Wehenmütter. Nur in den verzweifeltsten Situationen wurde ein Arzt zur Hilfe gerufen, dem allzuoft nur noch die Zerstückelung der Frucht oder der Kaiserschnitt an der gerade Verstorbenen blieb. Von *Osiander*, einem Ordinarius um 1800 in Göttingen, wird außerdem übermittelt, daß eine Großzahl sogenannter Geburtshelfer „rohe Handwerker waren, die ohne Vorkenntnisse von der Bartstube ausgingen und deren ganze Kenntnisse in Henkers-Operationen, Bohren, Brechen, Gliederabreißen, Zerstückeln und Eingeweide ausziehen bestand“. An diesem beklagenswerten Zustand waren sicherlich nicht allein die Hebammen schuld, denn Ortlof von Bayernland schrieb um 1500 zeitkritisch in seinem Frauenbüchlein: „Die Herren Doctores der Medizin überlassen die Geburtshilfe, mit welcher sie nicht verstehen, sich Lorbeeren zu erringen, gerne den Hebammen, ja sie lehnen es als standesunwürdig ab, Hilfe bei Entbindungen zu leisten.“

Die Ärzte jener Zeit darf man jedoch zum Teil wenigstens entlasten, denn sie hätten nach unseren heutigen Vorstellungen von der Geburtshilfe gleich mehrere Tabus durchbrechen müssen. So überliefert *Welsch* 1653 in einer Vorrede zur Übersetzung des Werkes von Scipione Mercurio, „die deutschen Frauen würden lieber sterben, als bei der Geburt die Hilfe von Männern annehmen“.

Noch um 1800 erklärte aber Adam *Elias von Siebold*, der ein Sohn des ersten Lehrstuhlinhabers in Würzburg war, daß es für einen Mann nicht schicklich sei, sich mit allen Verrichtungen, die bei einer Schwangeren notwendig sind, abzugeben — die praktische Geburtshilfe zieme sich nicht für Männer.

Im 16. Jahrhundert waren die Widerstände der Öffentlichkeit noch viel größer: In Hamburg-Altona wurde beispielsweise ein gewisser Dr. *Veit* öffentlich auf dem Marktplatz verbrannt, weil er — als Bademutter verkleidet — Frauen „in Kindsnöten“ geholfen hatte. „Man sah in seinem Vorgehen einen schweren Fall von Unzucht, auf welchen das Gericht die Todesstrafe durch Feuer erkannte“, schreibt *Pachinger* 1906. Im 17. und Beginn des 18. Jahrhunderts richtete man in Straßburg, Göttingen, Würzburg und Paris Hebammenschulen ein, die zum Teil





Abb.1: Technik der gynäkologischen Untersuchung im 17. Jahrhundert in Frankreich.

von Chirurgen geleitet wurden. Dies führte zu einer recht nachhaltigen Verbesserung des Hebammenwesens.

Das eigentliche Dilemma lag aber darin, daß die wissenschaftlich ausgebildeten Ärzte als Männer kaum Gelegenheit hatten, Geburtsvorgänge zu beobachten. Ihnen fehlte also der Erfahrungsschatz der Hebammen. Andererseits aber durften Hebammen, wie Frauen überhaupt, die Heilkunst nicht erlernen und ausüben. Diese unglückselige Verkettung hat die Entwicklung der Geburtshilfe zu einer selbständigen klinischen Disziplin erheblich verzögert.

Ein weiteres großes Tabu mußte erst über Jahrhunderte abgebaut werden. Ein Arzt durfte das Genitale der Patientin bei der Untersuchung während oder außerhalb der Schwangerschaft nicht sehen. Die Untersuchung bestand also in der Erhebung des Tastbefundes, wobei selbstver-





Abb. 2: Geburtsszene aus dem 17. Jahrhundert.

ständig viele krankhafte Veränderungen nicht erkannt oder falsch gedeutet wurden. Die Abb. 1 läßt die erschwerten Bedingungen erkennen, unter denen dieser französische Kollege seinen Befund zu erheben hatte. Den gynäkologischen Untersuchungsstuhl von heute, auf dem die Patientin fast horizontal gelagert wird, kannte man noch nicht. Die Patientin lehnte sich lediglich mit dem Rücken an, während der untersuchende Arzt vor ihr kniete.

Die Stunden der Geburt mußten die Frauen allerdings auf mehr oder minder gut gepolsterten Gebärstühlen verbringen. Bis in das 19. Jahrhundert fand die Geburtshilfe fast ausschließlich im häuslichen Milieu statt. Bei der Geburtsszene in Abb. 2 wie auch in zahlreichen anderen des 16. und 17. Jahrhunderts fällt auf, daß in der Wochenstube stets zahlreiche weibliche Personen zu finden sind. Dazu schreibt *Pachinger* 1906: „Die Kenntnisse und Erfahrungen der Hebammen, die Geburt zu leiten, waren nur in ganz besonders leichten Fällen ausreichend. Erfahrene Frauen, die selbst mehrere Wochenstuben bereits hinter sich hatten, waren stets willkommen.“

Auch noch im 18. Jahrhundert wurde ein Arzt nur bei komplizierten Geburten hinzugezogen. Den damaligen Sitten entsprechend durfte er den Geburtsakt nicht mit den Augen verfolgen, sondern knüpfte sich das lange Umstandskleid der Kreißenden um den Hals (Abb. 3).





Abb. 3: Ein Arzt bei der Geburtshilfe (18. Jahrhundert).

Durch intensives Studium der Geburtsvorgänge an den Hebammenschulen wurden im 17. und 18. Jahrhundert endlich geburtshilfliche Verfahren entwickelt, die wir zum größten Teil auch heute — zum Beispiel die Wendung auf die Füße bei Querlage — genauso oder ähnlich ausführen. Hierbei hat sich besonders *Mauriceau* verdient gemacht, in dem er seine Erfahrungen 1668 zu einem der ersten Lehrbücher der Geburtshilfe zusammenfaßte. Er war es auch, der die lang propagierte und geübte Wendung auf den Kopf wegen der Gefahr für Kind und Mutter scharf kritisierte und abschaffte. Auch die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes beschrieb *Mauriceau* als erster schon beinahe genauso wie der 200 Jahre später lebende *Veit* (1863), dessen Name mit der heutigen Kopfentwicklung bei Beckenendlage verbunden ist.

In diese Zeit um 1650 fällt auch die Einführung der sogenannten unschädlichen Zange. Sie soll von *Peter Chamberlen I* in England erfunden



sein und wurde Jahrzehnte als sogenanntes Geheimnis der Familie Chamberlen auch bei Konsultationen auf dem Festland in Frankreich und Holland häufig benutzt. Damit war erstmals die Möglichkeit gegeben, Kinder aus Kopflage zu befreien, wenn der Kopf aus irgend einem Grund nicht vollständig austreten wollte.

Diese jetzt bekannten Entbindungsverfahren — die Extraktion bei Quer- und Steißlage und die Zangenentbindung bei Geburtsstillstand in Kopflage — bedeuteten für die damalige Geburtshilfe einen großen Fortschritt. Konnte doch damit manchen Kindern und Müttern das Leben gerettet werden, die bis zu dieser Zeit verloren gewesen wären.

Das jahrtausendalte Problem der Entbindung durch Kaiserschnitt war jedoch noch nicht gelöst. Sobald die Schwangeren ein durch Unfall oder Erkrankung — wie z. B. durch die damals verbreitete Rachitis — ein verengtes Becken vorlag, war die Überlebenschance für das Kind gleich Null und für die Mutter nicht viel besser. Tagelang litten diese Frauen unter der Wehentätigkeit, bis man einen jener seinerzeit traurig-berehrten Chirurgen oder Barbieri zu Hilfe holte, der das meist schon tote Kind nach Zerstückelung extrahierte. Da die Anatomie der Geburtswege und der Gebärmutter nebst angrenzenden Organen diesen Geburtshelfern noch unvollkommen bekannt war, kam es häufig zu schweren Verletzungen der Patientinnen, an denen viele bei hinzutretendem Kindbettfieber starben. Auch wenn die Frauen überlebten, mußten nicht wenige von ihnen jahrzehntelang an den Folgen einer nicht versorgten Blasenfistel oder Dammriß III. Grades leiden.

Den Kaiserschnitt nahm man bis zum 17. Jahrhundert lediglich an der gerade Verstorbenen vor. Die erste Schnittentbindung an der Lebenden wurde in Deutschland 1610 gemacht. In den folgenden 250 Jahren wagte diese Operation nur gelegentlich ein Geburtshelfer. Die postoperativen Ergebnisse an der lebenden Frau waren bis in die antiseptische Ära — um die Mitte des 19. Jahrhunderts — so ungünstig, daß die Scheu der damaligen Geburtshelfer vor diesem Eingriff verständlich ist. Von 100 Müttern kamen kaum 10 mit dem Leben davon.

Einer Schrift von *Joachim Gottlieb Walter* aus dem Jahr 1782 ist zu entnehmen, daß „der Leib und die Gebärmutter durch Längsschnitt ohne Narkose innerhalb von 5 Minuten geöffnet werden, wobei 3 bis höchstens 4 Gehilfen ausreichend sind, die Hände und die Beine sanft und bescheiden zu halten (Abb. 4)“. Weder der Uterus noch die Bauchdecke wurden wieder vernäht, sondern lediglich durch einen festen Verband zusammengezogen. Dazu äußerte sich derselbe Autor: „Dieser Verband ist hinreichend, die gemachte Wunde zusammenzuhalten, und man hat nicht nötig, seine Zuflucht zu der grausamen und sehr schmerzhaften Zusammennähung zu nehmen.“ In Europa starb bis 1848 immerhin noch





Abb. 4: Kaiserschnittszene aus dem 18. Jahrhundert.

jede zweite Frau nach dieser Operation. Erst in den anschließenden drei Jahrzehnten konnte die Mortalitätsziffer durch die Einführung der Antisepsis und später der Asepsis (1886), die mit dem Namen *Ignaz Philipp Semmelweis*, *Louis Pasteur* und *Robert Koch* verbunden ist, deutlich gesenkt werden. Trotz dieser Antisepsis in Form der Chlorkalkwaschungen starb noch jede 3. operierte Frau. Der Grund dafür bestand in dem ungenügenden operativen Abschluß der keimbesiedelten Gebärmutterhöhle gegenüber der Bauchhöhle, wie er seinerzeit allgemein üblich war. Es bedeutete einen enormen Fortschritt, als ein deutscher Ordinarius 1882 das Operationsverfahren entscheidend modifizierte, indem er die Eröffnung der Gebärmutter in das untere Uterinsegment verlegte, die Uteruswunde nicht mehr durchgreifend vernähte und eine exakte Deckung des Wundgebietes mit Bauchfell vornahm. Diese segensreiche Verbesserung gibt mir Gelegenheit, als Verneigung vor dem Genius loci — einen unserer ersten Ordinarien zu zitieren: *Ferdinand Adolf Kehrer*.

Schon bis zum Ende des 19. Jahrhunderts konnte durch diese Operationstechnik die Müttersterblichkeit nach Schnittentbindung auf etwa 4% gesenkt werden. Heute ist die Gefährdung dank der Hilfsmittel der



modernen Chirurgie auf unter 1% gesunken, so daß der Kaiserschnitt zu einer weithin ungefährlichen Operation geworden ist.

Diese Tatsache erlaubt ihre Anwendung in starkem Maße zur Rettung des gefährdeten Kindes. Sogar die prophylaktische Schnittentbindung z. B. bei Beckenendlage und Erstgebärender wird heute an zahlreichen Kliniken ohne zusätzliche Indikation im Interesse des Kindes vorgenommen.

Die Geschichte der Frauenheilkunde in der Neuzeit ist geprägt durch die Entwicklung der Geburtshilfe zu einem eigenständigen Fach innerhalb der medizinischen Fakultät und zwar durch den allmählichen Übergang von sogenannter Hebammengeburtshilfe zur Geburtshilfe des Arztes. Der Weg der Eigenständigkeit der Geburtshilfe begann in Deutschland mit der Errichtung von Lehrstühlen.

In Gießen gab es den Lehrstuhl schon vor der bezugsfertigen Klinik. 1812 wurde *Ludwig Leonhard Hegar* zum Lehrstuhlinhaber für Geburtshilfe in Gießen ernannt. Er mußte seine geburtshilflichen Übungen noch im Zucht- und Stockhaus vornehmen. Ein Jahr später brach eine Typhusepidemie aus, der Hegar im Alter von nur 25 Jahren erlag, ohne sein Amt als Direktor des Accoucheur-Hauses angetreten zu haben. Die Geschichte der Gießener Universitäts-Frauenklinik selbst begann inmitten des botanischen Gartens hinter der Zeughauskaserne. Die Klinik wurde dort zwischen 1811 und 1814 gebaut und noch im gleichen Jahr rief man *Ferdinand August Maria Franz von Ritgen* auf den Lehrstuhl für Chirurgie und Geburtshilfe, den er 53 Jahre bis zu seinem Tode innehatte.

Als Schüler von Fries in Münster war er ein hervorragender Geburtshelfer, der sich in seinen Veröffentlichungen außer mit Geburtshilfe auch mit Physik, Chemie, Astronomie, Philosophie und Botanik befaßte.

Für das Fach der Geburtshilfe war es sehr wichtig, daß er Studenten und Hebammen nun auch praktisch in Geburtshilfe unterrichtete. Dabei versorgte von Ritgen seine 44 Betten umfassende Klinik ohne jeden Mitarbeiter.

Der bereits zitierte Ferdinand Adolf Kehler, der sich um die Kaiserschnittmethode große Verdienste erwarb, hatte das folgende Ordinariat von 1872—1881. Eine erhebliche Erweiterung der alten Klinik im botanischen Garten erreichte sein Nachfolger *Friedrich Ahlfeld*.

Unter dem Ordinariat von *Rudolf Kaltenbach* von 1883—1887 wurde die operative Frauenheilkunde als Meilenstein unseres Hauses in Gießen eingeführt. Er erreichte auch kurz vor seiner Berufung nach Halle die Zusage für den Neubau unserer ursprünglichen Klinik auf diesem Gelände. Sie wurde 1887—1890 errichtet. Allerdings handelte es sich nur



um das Mittelstück des jetzt vorhandenen Hufeisens. Die neue Klinik wurde unter *Christian Adolf Hermann Löhlein* fertiggestellt und eröffnet. Dieser Mittelbau gruppierte sich wie der jetzige Bau um das große, pompöse Treppenhaus und hatte viel zu wenig Betten.

*Hermann Johannes Pfannenstiel* erreichte als Nachfolger Löhleins den Ausbau des nördlichen Flügels, der erst unter *Otto von Franqué* fertiggestellt wurde.

Während des ersten Weltkrieges modernisierte *Erich Opitz* die Klinik und fügte den Südflügel hinzu. Als Opitz 1918 einem Ruf nach Freiburg folgte, wurde *Rudolf Edler von Jaschke* in loco auf den Gießener Lehrstuhl berufen. Ihm, der mehrere ehrenvolle Rufe ablehnte, gelang es, die Klinik zu einer der schönsten und besteingerichteten Frauenkliniken Deutschlands auszubauen. In der Nacht des 6. Dezember 1944 mußte von Jaschke den Verlust seines stolzen Lebenswerkes erleben, als die Klinik bei einem Bombenangriff in Schutt und Asche sank.

Unter der kommissarischen Leitung von *Klees* (1947—1952) wurde der Nord- und Südflügel wieder aufgebaut und die nach Kloster Arnsburg ausgelagerte Klinik wieder zurückgeführt.

1952 erhielt ein Schüler von Jaschke (Hans Römer) den Lehrstuhl für Gynäkologie. Er stellte den Mittelflügel in seiner heutigen Gestalt wieder her, so daß die wiederaufgebaute Klinik am 30. Oktober 1955 in Anwesenheit von Professor von Jaschke eingeweiht werden konnte.

Am 1. Oktober 1956 folgte unser verehrter Chef, Herr Professor Kepp, dem Ruf nach Gießen.

Das 20. Jahrhundert zeigte einen sehr schnellen und durchgreifenden Szenenwechsel im geburtshilflichen Panorama. Kennzeichen dieser Entwicklung war vor allem der fast komplette und sehr rasch vollzogene Übergang von der Hausgeburt zur Kliniksgeburt. Aus Göttingen wissen wir aus der Zeit um 1800, daß die Tendenz zur Kliniksentscheidung nur sehr gering war, denn die Belegung erfolgte „lediglich durch lüderliche Weibsstücke. Aber auch hierfür bedurfte es besonderer Nachhilfe, denn es mußten eigens Weiber gehalten werden, die dem Gebärhaus für ein Entgelt von 6 Groschen ‚schwängere Subjekte‘ zuführten.“

1923 waren es lediglich 5,5% Kliniksgeburten. Diese Zahl wuchs rapide an und erreichte 1974 fast 99%. Damit war der Rückgang der Zahl der frei praktizierenden Hebammen und niedergelassenen Ärzte, die Geburtshilfe betrieben, verbunden. Das Berufsbild der Hebamme hat sich mit der modernen Geburtshilfe erheblich gewandelt. Zwar haben sie ihre Selbständigkeit verloren, dennoch — meine ich — ist die Tätigkeit als Klinikshebamme sogar attraktiver geworden. Sie muß vertraut sein mit den modernen Überwachungsverfahren, aber auch mit den Grundlagen der Krankenpflege und Schwangerenbetreuung.



Parallel zum Übergang von der Hausentbindung zur Kliniksentbindung und den damit verbundenen Reformen im Berufsbild von Arzt und Hebamme verlief geradezu eine Revolution hinsichtlich der instrumentellen und apparativen Ausrüstung unserer geburtshilflichen Abteilungen. Der Schwerpunkt dieser Veränderungen im Kreißsaal vollzog sich jedoch erst in allerjüngster Zeit, denn selbst vor einem Jahrzehnt benötigte auch die geburtshilfliche Klinik noch keinen größeren apparativen Aufwand.

Als wichtige Neuerung muß die von *Malmström* 1954 entwickelte geburtshilfliche Saugglocke erwähnt werden, die sich in den fünfziger Jahren im Kreißsaal durchsetzte und neben der Zange eine echte Bereicherung der Geburtshilfe darstellt.

Das Instrumentarium des Geburtshelfers bestand im übrigen aus dem Beckenzirkel und dem geburtshilflichen Stethoskop. Das wesentliche, diagnostische und therapeutische Rüstzeug stellten seine Hände dar. Im übrigen waren die Entbindungsverfahren typisiert und im Prinzip nicht mehr verbesserungsfähig.

Nachdem die Müttersterblichkeit nach dem 2. Weltkrieg letztlich durch Beginn der Antibiotika-Ära auch bei uns deutlich von 200 auf 50 Frauen pro 100000 Lebendgeborene abgenommen hatte, war eine starke Gewichtung der fetalen Interessen zu verzeichnen. In der Verbesserung der Überwachung des Kindes unter der Geburt mittels verschiedener Parameter sah man jetzt die große Chance, die perinatale kindliche Mortalität zu verringern, die heute als Standard der ärztlichen Betreuung gilt. Die Analyse der Haupttodesursachen perinatal verstorbener Kinder zeigt die Hypoxie — also die O<sub>2</sub>-Mangelversorgung unter der Geburt — an erster Stelle. Diese Lücke der fetalen Diagnostik unter der Geburt konnte *Saling* 1962 mit seiner Mikroblutentnahme am vorausgehenden Teil des Feten schließen. Aus einem Tropfen Blut, aus der Kopfhaut des Kindes entnommen, können seitdem der pH-Wert und die aktuellen Blutgase bestimmt und somit der Zustand des Kindes überprüft werden. *Saling* leistete mit der Entwicklung der Mikroblutanalyse ein echtes Stück Medizingeschichte. Zu sehr stand man noch unter dem starken Eindruck der vernichtenden Kindbettfieberepidemien, als *Saling* gegen das Tabu der Keimbarriere am unteren Eipol zu kämpfen begann. Trotz theoretischer Bedenken verfolgte und erreichte er sein Ziel und hatte damit eine intermittierende Überwachung des Kindes unter der Geburt. Andere Arbeitsgruppen entwickelten in Form der Kardiotokographie kontinuierliche Überwachungsmethoden durch fortlaufende Registrierung der fetalen Herzaktion und der Wehenaktivität. Eine Gruppe von Wissenschaftlern (um *Hammacher*) leitete dabei den Herzschall, eine andere (um *Mosler*) die Herzbewegungen auf Ultraschallbasis über die





Abb. 5: Blick in den Kreißsaal von heute.

Bauchdecke ab. Sobald die Fruchtblase aber eröffnet ist, läßt sich die Herzaktion heute direkt von der Kopfschwarte des Kinder ableiten. Aufgrund der Zeitbeziehung zwischen Wehenakme und Dezerlationsmaximum sowie aus dem Oszillationsmuster der fetalen Herzaktion lassen sich nun die kindlichen Gefahrenzustände erkennen bzw. der Verdacht darauf erheben, so daß eine Mikroblutuntersuchung die Verdachtsdiagnose sichert oder verwirft.

Mit diesen Methoden ist es uns also seit wenigen Jahren möglich, einen Geburtsverlauf exakt wie nie zuvor zu überwachen. Aus unseren Kreißsälen sind dadurch Intensivstationen geworden mit allen räumlichen, personellen und technischen Konsequenzen. Der Erfolg hat sich auch bereits eingestellt. Die perinatale Sterblichkeit konnte seit 1945 von etwa 100 auf knapp 20 pro 1000 Lebend- und Totgeborene im Jahr 1974 gesenkt werden. Dieser noch relativ hohe Wert wird durch den großen Prozentsatz von Frühgeburten belastet und dadurch erklärbar.

Ein Blick in den Kreißsaal von heute (Abb. 5) zeigt den Wandel und läßt unschwer erkennen, daß die Hausgeburtshilfe keine Chance mehr besitzt. Aufgrund dieses Panoramawechsels im Kreißsaal müssen wir als Geburtshelfer dennoch ständig nicht nur über die Monitore sondern auch darüber wachen, daß unsere Geburtshilfe trotz der vielen Überwachungsgeräte auch für die Mutter noch menschlich verbindlich bleibt. Flankierende Maßnahmen auf dem Wege zu diesem Ziel sind nach unserer Überzeugung die Anwesenheit des Ehemannes am Kreißbett und



auch das sogenannte „rooming-in“, d. h. die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung durch die Unterbringung des Neugeborenen im Zimmer der Wöchnerin.

Es bleibt nur noch ein kurzer Blick in die Zukunft: Trotz Geburtenrückgang sehe ich den geburtshilflichen Horizont persönlich aus zwei Gründen recht rosig:

1. Nach hoffentlich baldiger Fertigstellung des Südflügels unserer Klinik werden endlich die räumlichen Nachteile für unsere Patientinnen wegfallen.

2. Wir konnten im Zeitraffertempo erkennen, wie jung und in der Zielsetzung attraktiv unser Fach — die Geburtshilfe — ist. Persönlich würde ich keinen Augenblick zögern, wieder in die Fußstapfen derer von v. Ritgens, v. Jaschkes oder Kepps zu treten. Geburtshilfe bleibt eine schöne und dankbare Aufgabe für den Kliniker, für den Lehrer, für den Wissenschaftler. Die Schwangerschaft ist für alle ein faszinierendes Modell der Natur. Das große Ziel unserer Anstrengung soll stets sein: Die Geburt nicht nur lebender sondern gesunder Kinder.

*Literatur beim Verfasser*